

Année 1927

THÈSE

N° 126

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean BLANC

Né à Vesoul (Haute-Saône) le 25 Avril 1901

Sur l'Evolution
de la Prophylaxie Maritime Internationale
des Maladies pestilentiellles

Président: M. le Professeur Léon BERNARD

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

THE

LIBRARY OF THE

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Jean BLANC

Né à Vesoul (Haute-Saône) le 25 Avril 1901

Sur l'Evolution
de la Prophylaxie Maritime Internationale
des Maladies pestilentiellles

Président: M. le Professeur Léon BERNARD

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....

I. — Professeurs.....

Anatomie.....
Anatomie médico-chirurgicale.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie générale.....
Bactériologie.....
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
Clinique thérapeutique médicale.....
Clinique oto-rhino-laryngologique.....
Clinique thérapeutique chirurgicale.....
Clinique propédeutique.....

Professeur sans chaire.....

M. ROGER

MM.
NICOLAS
CUNEO
ROGER
STROHL
DESGREZ
LEMIERRE
BRUMPT
MARCEL LABBE
SICARD
LECENE
ROUSSY
PRENANT
TIFFENEAU
CARNOT
Léon BERNARD
BALTHAZARD
MENÉTRIER
RATHERY
GILBERT
BEZANÇON
ACHARD
WIDAL
MARFAN
NOBECOURT
H. CLAUDE
JANSENELME
GUILLAIN
TEISSIER
DELBET
HARTMANN
LEJARS
GOSSET
TERRIEN
LEGUEU
BRINDEAU
JEANNIN
COUVELAIRE
J.-L. FAURE
OMBREDANNE
VAQUEZ
SEBILLEAU
DUVAL
SERGENT
ROUVIERE
BRANCA

II. — Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIERE.....	Chimie biologique.
BRULE.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale
CLERC.....	Pathologie médicale.

MM.

DEBRE.....	Hygiène.
I. DE JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.....	Urologie.
HOVELACQUE.....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.		MM.	
LABBÉ HENRI..	Chimie biologique.	MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale	MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.	MULON.....	Histologie.
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.	PHILIBERT...	Bactériologie.
LEVY-SOLAL..	Obstétrique.	RICHET Fils ..	Physiologie.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.	VAUDESCAL...	Obstétrique.
LIAN.....	Pathologie médicale.	VERNE.....	Histologie.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.	VELTER.....	Ophthalmologie.
METZGER.....	Obstétrique.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour la période des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.	RETTERER....	Histologie.
GOUGEROT....	Pathologie médicale.	RIBIERRE....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.	TANON.....	Pathologie médicale.
LE LORIER....	Obstétrique.	VILLARET....	Pathologie médicale.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.		

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale	LERI.....	Clinique médicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	LOEPER.....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ...	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDoux-LEBARD.....	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0100

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

Bien faible témoignage* de reconnaissance et de profonde affection.

A MES SOEURS

A MON FRERE — A MA BELLE-SOEUR

A MONSIEUR CHERVIN

Témoignage de grande gratitude et de
respectueuse affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CURY

*Chef du Service médical de la Compagnie Transatlantique
au Havre*

Qui a bien voulu inspirer et diriger ce
travail ; témoignage de très grande
reconnaissance.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MM. P^r GILBERT,
OËTINGER,
LAUNAY,
CHIRAY,
P^r MAUCLAIRE,
FUNCK BRENTANO,
P^r MARFAN,
MILIAN.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DU HAVRE

MM. OUVRY,
TERMET,
LAURENT,
DEVILLE,
SEBALD,
DEHELLY,
LASMARTRES.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD,

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de
cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

PREMIERES MESURES DE PROPHYLAXIE MARITIME LES QUARANTAINES

L'Institution de Conventions sanitaires internationales établies en vue de la défense des nations contre les importations de maladies pestilentielles, peste, choléra et fièvre jaune, fut une œuvre longue et laborieuse, dont le Gouvernement français prit l'initiative et dont les premières bases ne furent jetées que dans la seconde moitié du *xix^e* siècle. Cette œuvre de coopération internationale, dirigée contre des fléaux communs, fut précédée pendant des siècles de règlements sanitaires très variables, suivant le lieu et l'époque.

De tout temps, en effet, les populations cherchèrent à se préserver des grandes épidémies qui ravagèrent l'humanité. La lèpre et la peste d'abord, la variole au Moyen-Age, la peste encore, dont la grande épidémie de 1348-1350, la peste noire, ravagea l'Asie et l'Europe, faisant des millions de victimes, le choléra et la fièvre jaune enfin, furent l'occasion de mesures sanitaires appliquées aux malades et à tout ce qui était considéré comme susceptible de propager la maladie.

A ceux, en effet, qui attribuaient ces épidémies à une influence occulte inaccessible aux moyens naturels, à des principes mystérieux insaisissables, à des phénomènes astronomiques, atmosphériques ou autres, ou à une réceptivité spéciale contre laquelle tout essai de défense était d'avance voué à l'échec, on opposait des faits précis mais inexplicables, comme l'apparition de cas successifs dans une même famille, une même rue, l'existence d'un foyer d'abord localisé, la dissémination à distance coïncidant avec le départ de ceux qui fuyaient l'épidémie, la protection d'îles isolées, faits que l'on n'interprétait que par la transmission du mal par le malade ou par l'intermédiaire d'objets véhicules de contagion augmentant les occasions de dissémination et la tendance envahissante des épidémies. — Cette notion de contagion, si obscure fut-elle, et que Fracastor devait développer, en 1546, dans un livre (*De contagionibus et contagiosis morbis et eorum curatione*), où il admettait l'existence d'un virus spécifique, capable de contaminer des villes entières à des distances illimitées, devait avoir pour conséquence pratique l'établissement de mesures de protection que réclamaient d'ailleurs les populations apeurées. L'isolement des lépreux était une coutume très ancienne déjà ordonnée par Moïse ; mais ce fut la peste dont la tendance à l'expansion était beaucoup plus grande, qui fut l'occasion des premiers règlements sanitaires.

Venise, que son commerce mettait en relation étroite avec le Levant, et qui subit 63 épidémies de 901 à 1500, prit l'initiative de ce mouvement ; elle créa, en 1348, des provéditeurs de santé, puis un barreau de santé, chargés

de préserver la ville de la peste, et en 1403, le premier établissement d'isolement où étaient dirigés tous les bâtiments venant d'Alexandrie, établissement situé dans une île voisine, l'île de Sainte-Marie-de-Nazareth, d'où le nom de Lazaret, donné depuis aux établissements similaires. Les ports du bassin méditerranéen imitèrent l'exemple de Venise ; Gènes, en 1467, Marseille en 1526, transformèrent leur léproserie en hôpital spécial ; les municipalités créèrent les administrations sanitaires dont l'autorité grandit au point de dépasser celle des municipalités elles-mêmes ; l'Intendance de Marseille vit ses pouvoirs consacrés par des actes émanés des souverains : règlement sanitaire de 1863 signé de Louis XIV et de Colbert, déclaration de 1729, règlement de 1748.

L'épidémie de peste de 1720, qui fit plus de 50.000 victimes en Provence, justifia de nouveaux règlements établis par les villes de l'intérieur et inspirés par le désir d'une protection efficace et la crainte de tout contact suspect ; leur application ne recula devant aucun excès : des villages furent brûlés, des pestiférés abandonnés sans soins ; l'un n'est vu que le sixième jour et avec des lunettes d'approche ; un autre resté trois jours sur le carreau est tiré sur le matelas à l'aide de crochets de fer ; à d'autres, on jette des bistouris pour qu'ils s'ouvrent eux-mêmes leurs bubons (Marseille).

La défense sanitaire des côtes françaises de la Méditerranée fut confiée aux autorités sanitaires de Toulon et de Marseille, qui possédaient leurs lazarets où devaient se rendre tous les navires venant du Levant, et leurs règlements imposant aux provenances suspectes des mesures

connues sous le nom de Quarantaines ; si la Quarantaine s'appliquait au début à la durée de la séquestration, elle s'étendit rapidement à l'ensemble des mesures appliquées, quelle qu'en fut leur durée.

Tout bâtiment venant du Levant était assujéti à une période d'attente au port de quarantaine, destinée à déceler les foyers suspects, et dont la durée variait suivant la provenance, la patente délivrée au port d'embarquement, l'état sanitaire à bord et la nature des marchandises transportées. Rien ne devait débarquer au port de quarantaine et l'autorité sanitaire pouvait exiger le sereinage, c'est-à-dire l'exposition à une ventilation aussi complète que possible et à la rosée de la nuit des marchandises et des bagages déposés sur le pont, pendant une période de deux à huit jours. Après la sereine, commençait la quarantaine des passagers et des marchandises au lazaret de terre ferme. Le lazaret était un établissement isolé, d'accès aussi difficile que possible, n'ayant que deux portes, une d'entrée et une de sortie, et divisé en compartiments destinés à recevoir les arrivages successifs ; chaque compartiment pouvait également isoler les malades, les suspects et les sujets sains d'une même quarantaine. La quarantaine pouvait durer jusqu'à 60 jours, et même recommencer une ou plusieurs fois, si des cas de peste se déclaraient ; c'est ainsi que des passagers furent sequestrés plus de six mois dans un lazaret de la Méditerranée. Pendant ce temps, les marchandises et le bateau étaient soumis à des mesures de désinfection proportionnées à l'étendue présumée de l'infection, et consistant en l'action de l'eau de mer, de vapeurs nitreuses ou de soufre, en

parfums de formules compliquées. Après l'observation de toutes ces prescriptions, le capitaine obtenait enfin la libre pratique pour les passagers et les marchandises.

Ces mesures qui ne reposaient sur aucune connaissance scientifique et dont la durée compensait mal l'insuffisance, permirent cependant à Marseille de recevoir neuf fois, de 1720 à 1837, des importations de peste, qui toujours s'éteignit dans son lazaret sans gagner la ville ; la rigueur des mesures quaranténaires étouffait l'épidémie dans son foyer.

Au début du xix^e siècle, le principe de la contagion et des quarantaines régnait sans partage ; il avait été question de fusiller Bonaparte, qui, à son retour d'Égypte, en 1799, avait refusé de s'astreindre aux prescriptions sanitaires ; Alexandrie avait ouvert, en 1818, le premier lazaret en pays musulman ; la peste repoussée en Espagne (1818) et à Venise (1819), ne devait plus provoquer de grandes épidémies. L'apparition d'une nouvelle maladie, la fièvre jaune, devait être l'occasion de renforcer les mesures de protection. Importée de façon indiscutable par des navires américains à Cadix (1800) et à Barcelone (1821), la fièvre jaune s'était propagée à toute l'Espagne, faisant de nombreuses victimes et menaçant les frontières de la France. Pariset et Mazet, envoyés en mission à Cadix, conclurent aux cordons sanitaires et aux quarantaines.

C'est alors que fut promulguée, en France, la loi du 3 mars 1822, suivie de l'ordonnance du 7 août 1822, qui confirmait la plupart des mesures sanitaires en pratique et en étendait l'application aux ports de l'océan ; elle reconnaissait aux autorités sanitaires locales un droit de

juridiction énorme. Toute infraction volontaire aux règlements était punie de mort, et l'on devait employer la force pour repousser, même en cas de péril, toute provenance suspecte ; il fut interdit de porter secours aux naufragés partis de lieux mis à l'index par l'autorité sanitaire avant d'y avoir été autorisé par elle.

La loi de 1822, consécration officielle des théories sur lesquelles reposaient les quarantaines, fut le premier règlement sanitaire national, applicable à toute l'étendue du territoire ; elle eut pour conséquence l'application de quarantaines rigoureuses et la création de nouveaux lazarets ; elle fut imitée par les différents Etats européens, qui croyaient assurer, par l'observation de quarantaines, leur sécurité sanitaire.

CHAPITRE II

CRITIQUES ADRESSEES AUX QUARANTAINES PREMIERES CONFERENCES SANITAIRES INTERNATIONALES

Si l'Ecole contagioniste et le système des quarantaines triomphait, des adversaires ne devaient pas tarder à combattre les conséquences de la loi et à en demander la révision.

Les Compagnies de navigation attaquaient le système en vigueur à cause des entraves qu'il mettait aux relations commerciales que l'emploi de la vapeur allait rendre plus rapides et plus importantes ; tel navire parti de Constantinople en 1827, ne pouvait entrer à Marseille qu'au bout de 135 jours, après avoir subi sercine et quarantaine en plusieurs lazarets ; de plus, la diversité des mesures adoptées par les Etats rendait toute opération commerciale difficile et aléatoire : « On ne pouvait prévoir quel « traitement aurait à subir un navire dans un port »₄. (SECUR-DUPEYRON) ; mais surtout l'Angleterre, pour protéger son commerce, avait rapidement supprimé les anciennes institutions sanitaires, et les marchandises

venant d'Alexandrie, arrivaient plus vite à Paris en passant par l'Angleterre qu'en faisant quarantaine à Marseille ; la France perdait ainsi le bénéfice de sa situation géographique en Méditerranée.

A ces raisons d'ordre économique, le monde scientifique ajoutait des raisons tirées de recherches nouvelles sur les maladies pestilentiellles.

Pour la fièvre jaune, CHERVIN déclara les quarantaines inutiles, estimant que la maladie naissait sur place et qu'elle n'était pas transmissible par l'homme ; il porta le débat jusqu'à la Chambre des Députés (pétition de 1843).

Le choléra envahit l'Europe en 1832 ; parti d'Asie et se dirigeant vers l'Ouest, il avait, malgré l'établissement de cordons sanitaires sur une grande échelle en Russie et en Europe centrale, continué sa marche envahissante et gagné l'Europe occidentale, alors que des ports restés en libre communication avec le foyer initial, sans contrôle au départ ni à l'arrivée, restaient préservés. Ce fut l'occasion de mettre en doute la transmissibilité de la maladie et l'efficacité des quarantaines.

La peste surtout devait fournir des arguments aux adversaires de la loi : les Musulmans la traitaient par l'indifférence, et les hardes des pestiférés, vendues à Constantinople, n'avaient jamais contaminé les marchands, pas plus que les cent mille balles de coton expédiées d'Alexandrie en pleine période pestilentielle, n'avaient provoqué d'épidémies dans les divers marchés d'Europe. Depuis la conquête de l'Algérie, le Gouvernement Français enfreignait sans danger ses propres règles.

ments; Clot Bey proclamait « l'inutilité de toute mesure restrictive à l'égard d'un mal plus puissant que l'homme, qui n'en viendra pas moins à son heure; «quelles que soient les mesures qu'on veuille lui opposer ».

L'atmosphère fut à nouveau considérée comme l'agent de transmission des épidémies à grande distance, et AUBERT ROCHE, à la suite de recherches scientifiques, concluait, en 1845, à la libre pratique accordée à tout navire où aucun cas de peste ne se serait manifesté depuis 8 jours.

La même année, commençait à l'Académie de Médecine une série de discussions sur les quarantaines de la peste ; tout en reconnaissant le mystère qui régnait sur la genèse et la propagation des épidémies, et par suite la difficulté d'établir des règles de prophylaxie, l'Académie se prononça contre les pratiques surannées des quarantaines, et proposa l'envoi en Orient de médecins chargés d'étudier la peste en son foyer.

Les Médecins sanitaires d'Orient furent créés par l'ordonnance du 18 avril 1847, et en 1850, parut un décret réduisant ou supprimant un grand nombre d'entraves aux relations commerciales ; devant les inconvénients et les insuffisances des quarantaines, la théorie de la libre pratique tendait à triompher.

Mais en 1848, le choléra reparut en Europe, et devant le danger d'une nouvelle grande épidémie que la rapidité des communications pouvait rendre redoutable, de nouvelles mesures de rigueur réapparurent, en Italie surtout.

Le Gouvernement Français comprit les inconvénients de règlements établis par chaque Etat pour son propre compte sans se concerter avec ses voisins, et après de longues négociations, réussit à réunir à Paris, en 1851, la *première Conférence sanitaire Internationale* : Les Etats riverains de la Méditerranée, l'Angleterre et le Portugal étaient représentés chacun par un médecin et un diplomate ; écartant toute discussion purement scientifique, et les Médecins sanitaires d'Orient ayant montré que nulle part, en Orient la peste ne régnait à l'état endémique, la Conférence décida de diminuer la rigueur des quarantaines en Méditerranée, établissant un minimum et un maximum, et d'exercer une surveillance des bâtiments aux ports d'embarquement ; une convention fut rédigée : un système administratif, identique pour tous les Etats, fut proposé, les puissances admettant en principe des mesures sanitaires uniformes.

Ce règlement, qui contrariait les habitudes de chaque Etat, fut la cause de l'échec de la Conférence; la plupart des Gouvernements n'appliquèrent pas les principes de la convention que signèrent seuls la France, la Sardaigne et le Portugal ; une nouvelle Conférence, composée uniquement de diplomates, se réunit à Paris, en 1859, pour réviser l'œuvre de 1851 ; le résultat fut le projet d'une nouvelle convention, donnant une plus large part à la liberté d'action de chaque Etat ; mais la guerre d'Italie survint et la Conférence se sépara sans aboutir à l'entente espérée. En 1865, la Convention de 1851 fut elle-même dénoncée.

Malgré l'échec des premières Conférences sanitaires, le principe d'une coopération internationale en vue de la

défense de l'Europe contre les maladies pestilentielles avait été posé par le Gouvernement Français, et sa première réalisation devait être l'œuvre de la seconde moitié du XIX^e siècle.

CHAPITRE III

MESURES DE DEFENSE CONTRE LE CHOLERA ESSAIS DE PROPHYLAXIE INTERNATIONALE

De l'Inde où il sévissait à l'état endémique, le choléra s'était déjà propagé deux fois en Europe, par la voie de la Perse et de la Russie, et avait atteint Paris en 1832 et 1849.

En 1865, éclata subitement une nouvelle épidémie, qui prit une extension d'emblée considérable. Importée au Hedjaz par des navires venus de l'Inde, elle y sévit pendant le pèlerinage de la Mecque, où plus du tiers des pèlerins succomba, puis apparut à Suez, où sur de fausses déclarations de capitaines, des navires furent admis en libre pratique, et gagna rapidement Alexandrie et toute l'Egypte, où elle fit plus de 60.000 victimes en trois mois. La population étrangère, terrifiée, émigra en masse et essaima les germes morbides dans tous les ports de la Méditerranée, en Angleterre et jusqu'en Amérique ; Marseille fut atteint le 11 juin, après l'arrivée du « Stella », ramenant des pèlerins de la Mecque, dont plusieurs cholériques ; quelques jours après, l'épidémie se déclarait à Paris et allait y causer plus de 10.000 décès.

Pour la première fois, le choléra avait envahi l'Europe par voie maritime ; cette épidémie très meurtrière, qui devait durer jusqu'en 1876, eut une influence considérable sur la prophylaxie maritime, en montrant que la surveillance ne devait pas se localiser aux rives de la mer Caspienne, mais que la protection de l'Europe dépendait également du pèlerinage de la Mecque, de la route de la mer Rouge et de la défense sanitaire de l'Egypte.

Empêcher le choléra d'éclater au pèlerinage de la Mecque, c'est-à-dire empêcher les pèlerins venant de l'Inde de l'importer au Hedjaz, empêcher les pèlerins du Nord rentrant chez eux après les fêtes de le transporter en Egypte, en Afrique du Nord et dans les ports de la Méditerranée, telle fut la tâche des Conférences sanitaires internationales ultérieures, tâche rendue nécessaire et difficile du fait de la rapidité des communications et de l'ouverture, en 1869, du canal de Suez.

CONFÉRENCE DE CONSTANTINOPLE (1865)

Dès l'épidémie de 1865, le Gouvernement Français prit l'initiative d'une Conférence sanitaire Internationale, qui se réunit l'année même à Constantinople ; elle réunissait les représentants de tous les Etats de l'Europe et les délégués de la Perse et de l'Egypte ; elle avait pour mission d'étudier l'étiologie du choléra et les mesures de prophylaxie qui s'imposaient. Elle adopta dans ses conclusions que le foyer initial se trouvait dans l'Inde, principalement dans la province du Bengale, le delta du Gange et la ville de Calcutta, où le choléra sévissait à l'état endémi-

que ; de là, il se propageait en suivant les courants humains, s'attachant aux pas du voyageur, s'arrêtant avec lui et épargnant les localités isolées ; le choléra était donc une maladie contagieuse, transmissible d'homme à homme directement ,mais aussi par l'intermédiaire d'objets, vêtements, linges souillés par les malades, ainsi que par l'eau de boisson, véhicule de contagion des plus redoutables ; elle reconnut au choléra un pouvoir d'extension considérable, comme le montrait la propagation de lit en lit dans les salles d'hôpitaux (Paris, hôpital de la Charité, 1865), et le transport, en quelques jours, à des centaines de kilomètres.

Au sujet de la prophylaxie, tout en constatant que les mesures de quarantaine avaient été mal appliquées, elle en reconnut les effets heureux et les recommanda, estimant que des mesures connues d'avance sont moins préjudiciables au commerce qu'une invasion pestilentielle ; elle a montré et fait adopter en principe que les quarantaines ont une efficacité d'autant plus grande qu'elles sont appliquées plus près du foyer initial de la maladie, et par suite déclarait nécessaire la surveillance de la mer Rouge et la défense de l'Égypte.

Au sujet du pèlerinage de la Mecque, la Conférence recommandait la visite médicale de tout navire au départ de l'Inde et l'observation d'une quarantaine à l'entrée de la mer Rouge. Après les fêtes, reconnaissant que les pèlerins retournant vers le Nord par caravanes offrent peu de danger, le choléra disparaissant de lui-même dans les déserts, elle recommandait une quarantaine pour tout navire venant du Hedjaz, avant son arrivée à Suez.

Enfin, elle obtenait que le Conseil supérieur de Constantinople, créé par la Turquie en 1838 pour régler ses quarantaines, devint un organisme international chargé de surveiller l'exécution des mesures d'hygiène et de prophylaxie.

La Conférence de Constantinople ne fut suivie d'aucune convention diplomatique ; elle eut cependant une grande influence sur le régime sanitaire de chaque Etat : la Turquie dans la Méditerranée et dans la mer Rouge, l'Angleterre dans l'Inde, où de grands travaux d'assainissement furent entrepris, exécutèrent une partie des mesures recommandées.

CONFÉRENCE DE VIENNE (1874)

Une nouvelle Conférence se réunit à Vienne en 1874 pour réviser l'œuvre de 1865. Les études sur l'étiologie du choléra aboutirent aux conclusions adoptées à Constantinople. Pour assurer la protection de la voie maritime des Indes dont l'ouverture du canal de Suez en 1869 venait d'intensifier le trafic, la Conférence établit les mesures à prendre à l'égard de chaque catégorie de navires, navires ordinaires et navires à pèlerins : libre pratique, observation, quarantaine, désinfection, passage du canal en quarantaine, suivant la nature de la patente et l'état sanitaire à bord. Des stations sanitaires furent construites dans la Mer Rouge.

La Conférence espéra pouvoir rédiger une Convention sanitaire qui pourrait être signée par tous les Etats ; mais l'entente ne put se faire : de même la proposition

de créer une « Commission Internationale permanente » ayant pour but l'étude et la prophylaxie des maladies épidémiques, resta à l'état de projet et ne fut pas réalisée.

CONFÉRENCE DE ROME (1885)

A la suite d'une nouvelle épidémie de choléra qui débuta en France par Toulon, une nouvelle Conférence réunit à Rome en 1885 les délégués des Etats Européens et des principaux Etats de l'Amérique et de l'Asie ; elle avait pour objet de rendre les mesures sanitaires adoptées par les différents Etats, à la fois uniformes, plus efficaces, et moins préjudiciables au commerce.

L'entente n'ayant pu s'établir, la Conférence ne fut suivie d'aucune convention diplomatique.

En 1881 s'était tenu à Washington une Conférence en vue de la défense de l'Amérique contre la fièvre jaune qui avait été plusieurs fois transportée des Antilles aux Etats-Unis. L'Amérique décida de prohiber l'entrée dans ses ports de tous les navires infectés pendant la saison dangereuse ; mais il n'y eut pas de Convention Internationale.

Les Conférences de Constantinople, de Vienne et de Rome, malgré l'impossibilité d'arriver à une entente eurent une grande influence sur les pratiques sanitaires des différents Etats qu'elles ont contribué à rendre plus rationnelles et plus uniformes ; en plusieurs occasions les mesures appliquées se montrèrent efficaces : en 1872 et 1877 l'Égypte fut préservée du choléra constaté au

pèlerinage de la Mecque, grâce à l'envoi des navires à pèlerins, avant leur retour à Suez, aux stations sanitaires d'El Wesch et de Djebel Tor ; les années suivantes une simple observation des navires venant de l'Inde à leur entrée dans la Mer Rouge (lazaret de l'île de Camaran) suffit à préserver le pèlerinage. Les mesures d'isolement et de désinfection se montrèrent efficaces même à bord des navires (épidémie du « Canton » rapatriant des troupes du Tonkin, 1888).

CHAPITRE IV

CONVENTIONS SANITAIRES

INTERNATIONALES, de 1892 à 1897

173

Le choléra avait encore envahi l'Égypte en 1883, importé par un navire infecté, et fait plus de 50.000 victimes ; en 1884 il avait atteint Toulon et s'était répandu en Europe ; de 1884 à 1886 plus de 20 navires venant d'Extrême Orient en Europe avaient présenté des cas de choléra au départ ou pendant la traversée, et même jusqu'en Méditerranée (« Crocodil ») ; des petites épidémies s'étaient révélées dans le Finistère en 1890 et à Paris en 1892 ; en 1891 une épidémie se déclara au lazaret de Camaran à l'entrée de la Mer Rouge et se répandit au Hedjaz malgré une quarantaine de un à dix jours ; ces quelques exemples montrent que la défense de l'Europe était encore insuffisante : c'est que l'Angleterre délivrait des patentes nettes à ses navires partant de l'Inde quand l'état endémique ne se compliquait pas de poussées épidémiques ; au canal de Suez la surveillance était défectueuse et faite par un personnel insuffisant ou même vénal ; des pèlerins riches pouvaient éviter les mesures sanitaires.

L'œuvre des Conférences suivantes fut de régler par des accords internationaux les mesures à opposer au choléra en faisant bénéficier la police sanitaire d'une acquisition récente : la découverte par Koch, en 1883, de l'agent pathogène, le vibrion cholérique dans l'eau et dans les selles des malades, à Calcutta ; cette découverte confirmait l'importance de l'eau et des objets souillés dans la transmission du choléra.

CONFÉRENCE DE VENISE (1892)

La Conférence de Venise commença par rejeter un protocole proposé par l'Angleterre et l'Autriche réclamant le passage en quarantaine du canal de Suez pour tous les navires anglais se rendant en Angleterre. Elle étudia spécialement la défense de la Mer Rouge et du canal de Suez et fut la première conférence suivie d'une convention ratifiée par les puissances.

La Convention de 1892 adoptait dans ses conclusions :

1° l'organisation d'un barrage sanitaire à Suez supprimant la quarantaine de rigueur de 24 heures appliquée auparavant à tout navire venant d'Extrême Orient ; elle appliquait des mesures différentes suivant que le navire venant du Sud était reconnu sain, suspect ou infecté ;

2° la création d'un lazaret aux « Sources de Moïse » point situé au nord de la Mer Rouge, avant Suez, où seront dirigés les navires ordinaires infectés, les navires à pèlerins étant envoyés à la station de Djebel Tor ;

3° la création d'un corps de gardes sanitaires chargés

d'appliquer les mesures sanitaires ainsi que d'assurer l'isolement et la désinfection à bord des navires suspects pendant la traversée du canal de Suez.

4° Enfin la convention réorganisait le Conseil Sanitaire d'Alexandrie ; ce conseil, créé par Mehemet Ali en 1831 pour diriger les services sanitaires d'Egypte, fut internationalisé en 1843 ; les membres étrangers y eurent d'abord voix consultative, puis voix délibérative (1855). La convention de 1892 réglait sa composition (3 membres Egyptiens, 14 Etrangers), lui assurait un budget autonome et suffisant, et le chargeait du contrôle des mesures sanitaires.

CONFÉRENCE DE DRESDE (1893)

En 1893 se réunit une conférence suivie d'une Convention Internationale recommandant la déclaration obligatoire des maladies pestilentielles dans tous les pays, obligeant les gouvernements signataires à notifier aux agences consulaires ou diplomatiques les épidémies constatées sur leurs territoires ainsi que les mesures prises pour combattre leur extension ; elle décidait dans quelles conditions une circonscription territoriale devait être considérée comme contaminée ou redevenue saine. Enfin la convention réglait la défense des Etats aux frontières de terre et la protection des ports à l'arrivée des navires suspects ou infectés.

CONFÉRENCE DE PARIS (1894)

Le choléra s'étant montré au pèlerinage de la Mecque les années précédentes une nouvelle conférence se réunit à Paris en 1894 et fut suivie d'une convention internationale.

Elle décida de surveiller l'embarquement des pèlerins dans l'Inde et à Java, de le refuser à tout individu ou objet suspect, d'établir une deuxième barrière sanitaire à l'entrée de la Mer Rouge (réorganisation de la station de Camaran), de surveiller les pèlerins du nord revenant de la Mecque (réorganisation de la station de Djebel Tor) et d'étendre les mesures appliquées dans la Mer Rouge au Golfe Persique où des stations furent créées, et dont la surveillance resta confiée au Conseil International de Constantinople.

CONFÉRENCE DE VENISE (1897)

Les Conventions précédentes s'appliquaient au choléra qui avait fait tant de victimes en Europe depuis 1830. La peste par contre semblait être en recul et depuis 1850 aucune épidémie importante ne s'était révélée ; mais en 1894 une épidémie grave éclata à Canton, faisant 100.000 victimes en 2 mois, et fut transportée par navires en 1896 à Bombay et même en Angleterre.

Une Conférence fut réunie à Venise en 1897 et aboutit à l'adoption d'une convention qui ordonnait à l'égard de la peste un certain nombre de mesures calquées sur celles que les Conférences antérieures avaient établies

contre le choléra : notification des épidémies, surveillance des navires au départ, barrières sanitaires dans la Mer Rouge et le Golfe Persique, réorganisation ou création de stations sanitaires.

Cette convention fut ratifiée par tous les Etats sauf la Grèce et la Turquie, ce qui rendit son action limitée.

CHAPITRE V

DERNIERES CONVENTIONS SANITAIRES

INTERNATIONALES 1903-1912-1926

La police sanitaire internationale devait bénéficier de découvertes scientifiques nouvelles relatives à l'étiologie et le mode de transmission des maladies pestilentiellles, et allait reposer enfin sur des données précises.

Nous avons vu que dès 1883 KOCH avait découvert le vibron cholérique ; de nombreux travaux (Koch et ses élèves, SNOW et BUDD en Angleterre) avaient prouvé la transmission directe du choléra d'homme à homme, et indirecte par l'intermédiaire de l'eau ou d'objets souillés.

En 1894 YERSIN découvrit à Hong-Kong la bacille de la peste qu'il constata dans le pus de bubons et dans le sol ; il émit l'hypothèse, qui ne fut pas retenue, que les rats et divers parasites pouvaient jouer un rôle dans la transmission de la maladie ; si depuis très longtemps on avait remarqué une émigration et une mortalité insolites des rats précédant certaines épidémies de peste (Avicenne vers l'an 1000, tableau de Poussin au Louvre : La peste des Philistins), fait confirmé aux Indes lors des

dernières épidémies, il fallut attendre les travaux de la fin du XIX^e siècle (ORGATA 1897, SIMOND 1898, Commission anglaise de l'Inde) pour montrer que la peste bubonique est précédée d'une infection murine à forme septicémique et qu'elle est transmise du rat à l'homme par des parasites, principalement par la puce.

La fièvre jaune régnait surtout sur les rives du Golfe du Mexique, aux Antilles et au Brésil ; elle s'était révélée comme un obstacle sérieux à l'occupation de ces régions (Expéditions Françaises, Espagnoles et Anglaises aux Antilles ; Expédition du Mexique ; Travaux Français de percement du canal de Panama). En 1900 une mission Américaine envoyé à Cuba démontra, comme FINLAY à La Havane l'affirmait depuis 1881 que la maladie était transmise d'homme à homme par un moustique, le *stegomyia fasciata*, intermédiaire nécessaire qui pouvait en s'attachant aux navires transporter la fièvre jaune à distance où elle s'éteignait d'ailleurs rapidement si la température ne permettait pas le développement du moustique (Epidémies de St-Nazaire 1843, 1857, 1861, 1907). La Commission proposait comme mesure prophylactique d'entreprendre la destruction des *stegomyia*, mesure qui allait les années suivantes faire disparaître la fièvre jaune en certains points (Cuba, Rio de Janeiro, travaux Américains de percement du canal de Panama). Enfin NOGUCHI, en 1918, devait découvrir à Guyaquil (Equateur) dans le sang des malades l'agent pathogène : le *leptospira icteroïdes*.

En partant de ces notions précises il devenait plus facile de prescrire des mesures prophylactiques efficaces

et simplifiées : ce fut l'œuvre des dernières Conférences Sanitaires Internationales.

CONFÉRENCE DE PARIS (1903)

Une conférence réunit à Paris les délégués de 25 puissances. La Convention du 3 décembre 1903 relative surtout au choléra et à la peste « révisé en les complétant les conventions sanitaires internationales antérieures » ; elle fut véritablement la première réglementation d'ensemble, le premier code sanitaire international réglant la défense des Etats contre la peste et le choléra.

Elle adopta les décisions des conventions antérieures relatives à la déclaration des épidémies et aux mesures à prendre aux ports d'embarquement pour empêcher la contamination des navires.

Elle régla le régime des navires indemnes, suspects ou infectés de peste ou de choléra. En plus du débarquement et de l'isolement des malades, de l'observation ou la surveillance des suspects, de la désinfection des objets et des parties contaminées du navire, elle prescrivit la dératisation du bâtiment infecté ou suspect de peste, le rôle important reconnu aux rats et à leurs parasites dans la transmission de la maladie rendant cette mesure légitime ; elle prescrivit de même aux navires infectés ou suspects de choléra la désinfection de l'eau de cale, les linges et des effets à usage souillés.

Enfin la Convention proposa la création d'un Office International d'Hygiène Publique. Cet organisme per

manent de centralisation et de contrôle sanitaire international dont la création fut décidée à Rome le 9 décembre 1907 fonctionne à Paris depuis 1908 ; il a pour mission d'étudier toutes les maladies contagieuses, principalement les maladies pestilentielles, de réunir tous les renseignements intéressant la santé publique, et de les porter à la connaissance des gouvernements ; ses travaux sont livrés à la publicité par la voie d'un bulletin mensuel.

CONVENTIONS DE RIO (1904) ET DE WASHINGTON (1905)

Ces Conventions ratifiées par les Etats Américains s'appliquent principalement à la fièvre jaune et s'inspirent des conventions sanitaires Européennes précédentes.

CONFÉRENCE DE PARIS (1911)

Une conférence réunie à Paris aboutit à la convention sanitaire internationale du 17 janvier 1912. Elle confirma les dispositions antérieures relatives à la prophylaxie de la peste et du choléra, et recommanda une dératisation régulière semestrielle des navires de commerce.

Elle constitua le premier code sanitaire international s'appliquant à la fièvre jaune, ordonnant aux navires suspects :

le débarquement, l'observation ou la surveillance (6 jours au maximum) des passagers ;

l'extermination des moustiques à bord ;

le stationnement à 200 mètres des côtes ;

et si le bâtiment est infecté le débarquement des malades dans des conditions qui les mettent à l'abri des piquûres des moustiques, ainsi que leur isolement.

Enfin la convention recommandait à chaque Etat de posséder un outillage et une organisation sanitaires suffisants pour recevoir un navire quel que fut son état sanitaire.

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE DE 1926

Depuis 1912 les événements ont prouvé la valeur des mesures sanitaires adoptées ; le transport à longue distance pendant la guerre d'effectifs souvent considérables de combattants et de travailleurs a été l'occasion de réaliser une vaste expérience pratique au cours de laquelle malgré de graves menaces (variole, typhus), l'Europe occidentale, l'Amérique et la majorité et l'Afrique ont été préservées de toute épidémie sérieuse, exception faite cependant pour la grippe dont l'extrême contagiosité et le mode de propagation rendaient vaine ou inapplicable en pratique toute mesure prophylactique.

Cependant dès 1920 une révision de la Convention de 1912 fut envisagée pour en compléter les lacunes et y simplifier ou supprimer les règlements reconnus inutiles.

Les délégués de 72 Etats se réunirent à Paris du 10 mai au 21 juin 1926, et, prenant pour base un projet de révision élaboré par le Comité Permanent de l'Office

International d'Hygiène publique, arrivèrent à rédiger une nouvelle convention sanitaire qui devra être ratifiée par les gouvernements participants.

La convention définit le rôle de l'Office International d'Hygiène Publique, organe de centralisation et de contrôle chargé d'étudier les amendements à apporter aux règlements sanitaires et d'en proposer, le cas échéant la ratification. Elle protège l'autonomie et l'indépendance de cet Office qui agit en liaison avec le Comité Sanitaire Panaméricain, le Comité d'Hygiène de la Société des Nations et ses différents bureaux (Alger, Singapour....) qui sont des centres d'information, sans autorité en matière sanitaire internationale.

Pas plus au cours de la Conférence de 1926 que des précédentes on n'a admis de discuter le principe qui donnerait à une autorité internationale le droit de déclarer qu'un port est contaminé ou suspect, et de faire dépendre de cette déclaration la nature des mesures à appliquer aux navires venant de ce port. Par contre pour la première fois, la convention déclara que les mesures prescrites constituent un maximum que ne sauraient dépasser les règlements sanitaires de chaque Etat contractant.

La peste étant la maladie pestilentielle dont la tendance à l'extension est la plus marquée (peste pneumonique de Manchourie 1911, foyers secondaires de peste bubonique), la convention insiste sur les mesures à opposer à la forme bubonique, la forme pneumonique à contagion interhumaine (expectoration) n'étant qu rarement transmise par voie maritime et son extrême

contagiosité rendant inefficaces les mesures proposées. La prophylaxie de la peste bubonique reposant sur la lutte contre les rats, la convention insiste sur la nécessité de faire obstacle à leur embarquement, d'assurer leur destruction à bord ; elle considère comme infecté le navire qui transporte des rats pesteux et prescrit la dératisation périodique semestrielle déjà recommandée en 1912 et devenue depuis pratiquement obligatoire. Elle oblige les navires à justifier par un certificat leur dératisation, ou leur exemption s'ils livrent aux rongeurs une lutte efficace qui diminue leur nombre à bord.

Au sujet du choléra, la convention, sans imposer des règles qui seraient difficilement applicables en pratique, recommande le dépistage des porteurs de germes, c'est-à-dire des individus sains en apparence, convalescents ou non, qui rejettent des bacilles virulents capables de propager l'épidémie ; elle laisse à chaque Etat l'initiative des mesures à prendre à leur égard. Enfin elle atteste la valeur de la vaccination anticholérique et en recommande l'usage pour prévenir ou arrêter l'extension des épidémies.

La convention adopte à l'égard de la fièvre jaune les dispositions du Code sanitaire Panaméricain ; elle établit la distinction entre navires infectés et navires suspects sur la présence à bord de malades ou simplement de stégomyia ; elle prescrit des mesures d'isolement et la destruction des moustiques à toutes les phases de leur évolution.

Deux autres maladies, parmi celles qui étaient proposées, ont été retenues par la convention comme étant

justiciables de mesures sanitaires internationales : la variole et le typhus exanthématique ; à leur égard la convention prescrit comme mesures prophylactiques l'isolement, la désinfection des objets suspects, la vaccination (variole) et l'épouillage (typhus).

Des points entièrement nouveaux sont pour la première fois abordés par la Convention de 1926 :

L'état sanitaire des navires étant étroitement lié à celui des ports, la Convention insiste sur l'organisation sanitaire des ports et de leurs environs ; les autorités devront appliquer des mesures de désinfection efficaces, empêcher le pullulement des rats (*rat proofing*), assurer leur destruction et surveiller leur état s'ils sont contaminés ; la défense sanitaire s'exerce donc de plus en plus aux ports de départ et tend à empêcher les navires de devenir « portion du territoire contaminé » (*Chantemesse*) ; le rôle de l'autorité sanitaire au port d'arrivée devient un rôle de surveillance complétant au besoin les mesures prises.

D'autre part la Convention de 1926 rend obligatoire la visite médicale des émigrants au départ, organise leur assistance médicale, et leur logement dans des établissements spéciaux où ils sont soumis aux formalités sanitaires ou autres (deux établissements existent en France, au Havre et à Cherbourg).

La Convention supprime le Conseil Sanitaire International de Tanger, organisme créé en 1840 et dont l'action toute théorique, était limitée à la surveillance des navires à l'arrivée.

Enfin elle recommande aux Etats participants d'arriver, par voie d'accords particuliers qui seront communiqués à l'Office International d'Hygiène Publique, à une simplification ou à la suppression de nombreuses formalités, par exemple à l'abolition des patentes de santé

CONCLUSIONS

1° L'œuvre de la prophylaxie maritime internationale des maladies pestilentiellles est une œuvre d'origine essentiellement Française, dont les premiers principes ont été posés au cours de la Conférence Sanitaire internationale de 1851.

2° Malgré les obstacles d'ordre pratique l'idée d'un droit sanitaire international a pu aboutir à une réalisation, après de longues années et de nombreuses conférences internationales. — — —

3° La Convention de 1912 a été la première codification complète en cette matière : le résultat a pu être obtenu grâce aux efforts des membres de la Conférence de 1911, tant diplomates que médecins.

4° La Convention de 1926 actuellement soumise à la ratification des puissances contractantes est la mise au point des dispositions de la précédente convention ; elle en respecte tous les principes et tient compte dans les

modifications qu'elle apporte, de l'expérience de la grande guerre et des acquisitions faites les années précédentes.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*

Léon BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

BRUNOT

BIBLIOGRAPHIE

ALI KHAN. — *Choléra en Perse*, prophyl. et Trait. (Th. Paris, 1908).

BEZANÇON. — *Précis de microbiologie clinique*, Masson 1920.

BLANCHARD. — *Notes historiques sur la peste*. Arch. de parasitologie, 1900, T. III, p. 589.

BROUARDEL et GILBERT. — *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, T. VI, maladies exotiques, Masson, 1920.

CHANTEMESSE et BOREL. — *Frontières et prophylaxie*, Doin, 1907.

CHANTEMESSE et BOREL. — *Hygiène générale et appliquée*, Doin, 1907.

CHANTEMESSE et BOREL. — *Moustiques et fièvre jaune*, Baillière, 1905.

CHANTEMESSE et BOREL. — *Mouches et choléra*, Baillière, 1906.

CHANTEMESSE, BOREL et DUPUY. — *Hygiène maritime*, Doin, 1909.

COHEN. — *Défense sanit. de la Perse*. (Th. Paris 1912).

- COLIN. — Art. « Quarantaines » in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre, Paris 1877, 3^e série, T. I.
- Conférence sanit. intern.* 1903. Procès-verbaux. Imprimerie nation., Paris, 1904.
- COURMONT et ROCHAIX. — *Précis d'hygiène*. Masson, 1925.
- CURY. — *Conférence sanit. intern. de 1926* :
Archives médico-chir. de Normandie, sept., oct. et nov. 1926.
Revue de la marine de commerce, oct. et nov. 1926.
Circulaires du Comité Central des armateurs de France, 1927.
- DOPTER et SACQUÉPÉE. — *Bactériologie*, Baillière, 1921.
- DUBOIS D'AMIENS. — *Eloges à l'Ac. de Médecine*. T. I. p. 18 et suiv.; T. II, p. 508 et suiv.
- DURAND. — *Rats et hygiène* (Th. Paris, 1909).
- FAIVRE. — *Rapport sur la déf. sanit. du Golfe Persique*. Imprimerie administ. Melun, 1906.
- GUILLON. — *Manuel du médecin sanit. maritime*. Maloine, 1911.
- JEANSELME et RIST. — *Précis de Pathologie exotique*. Masson, 1909.
- LAGARRIGUE. — *Lutte contre les rats* (Th. Paris, 1911).
- LE DANTEC. — *Pathologie exotique*. Doin, 1924, T. I.
- LHOMME. — *Confér. sanit. intern.* 1911. *Presse Médic.* 10 Juin 1911.
- MAGNY. — *Rats et peste* (Th. Paris, 1907).

- MÉLIER. — *Relations s/ fièvre jaune survenue à Saint Nazaire*, Paris 1863.
- NOC. — *Du rôle des puces dans la prophylaxie de la peste*. Arch. parasitol. 1905 T. IX, p. 300.
- PAINTAUD. — *Fièvre jaune*. Epid. de St-Nazaire de 1908 (Th. Paris, 1909).
- PICY. — *Choléra. Diagn. et prophyl.* (Th. Paris, 1909).
- PROUST. — *Essai sur l'hygiène intern.* Masson, 1873.
- PROUST. — *L'orientation nouvelle de la politique sanitaire*, Masson, 1896.
- PROUST. — *Défense de l'Europe contre le choléra*, Masson, 1892.
- PROUST. — *Défense de l'Europe contre la peste*. Masson, 1897.
- PROUST. — *Traité d'hygiène*, 3^e édit. Masson, 1904.
- RICARDO JORGE. — *Arquivos di instituto central de higie-ne*, Lisbonne 1926, vol. III, fasc. 1^{er}.
- SIMOND. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1898.
- TRIAIRE. — *Correspondance de Bretonneau, Trousseau, Velpeau*, T. I.
- VAILLARD. — *Discours à l'Ac. de Médecine. Revue d'hygiène*, janvier 1921.
- VIOLLE et WIBAUX. — *Législation sanit. Française*. Paris 1922.
-

